

Dane Pacjenta			
Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania		PESEL	
Dane przedstawiciela ustawowego Pacjenta			
Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	Telefon	Adres e-mail

Dane Szpitala:

.....

OŚWIADCZENIE

O WYPISANIU PACJENTA ZE SZPITALA NA ŻĄDANIE

Działając jako przedstawiciel ustawowy Pacjenta oświadczam, iż postanawiam wypisać Pacjenta ze Szpitala na żądanie w trybie natychmiastowym.

**data i czytelny podpis
 przedstawiciela ustawowego Pacjenta**

Wypełnia lekarz:

Możliwe następstwa zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz możliwe skutki podjętej decyzji o wypisaniu Pacjenta na żądanie (przyczyna hospitalizacji i możliwe skutki zaprzestania leczenia):

.....

 data, pieczętka i podpis lekarza

Po otrzymaniu powyższych informacji od lekarza oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz nie zostałem/am ubezwłasnowolniony/a częściowo lub w całości;
- zostałem/am poinformowany/a przez lekarza w sposób jasny i czytelny o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych Pacjentowi oraz o skutkach podjętej decyzji o wypisaniu Pacjenta ze Szpitala na żądanie i działałem z pełną świadomością swoich decyzji;
- podtrzymuję decyzję o wypisaniu Pacjenta ze Szpitala na żądanie w trybie natychmiastowym;
- ponoszę pełną odpowiedzialność i przyjmuję pełne ryzyko związane z podjętą decyzją;
- zostałem/am poinformowany/a, że Szpital zobowiązany jest (i) odmówić wypisania Pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, a także (ii) zawiadomić sąd opiekuńczy o nieuzasadnionym z punktu widzenia medycznego żądaniu wypisania Pacjenta – w celu uzyskania decyzji sądu w przedmiocie wypisania Pacjenta ze Szpitala.

**data i czytelny podpis
 przedstawiciela ustawowego Pacjenta**

Wypełnia lekarz:

Decyzja:

..... data, pieczętka i podpis lekarza